

## بررسی عوامل تنش‌زای مرتبط با درمان در بیماران همودیالیزی مرکز آموزشی درمانی بوعلی شهر اردبیل

فاطمه ابراهیمی لیل<sup>۱</sup>، شبنم آهنگر داودی<sup>۲</sup>، راحله محمدی<sup>۳</sup>، رویا نیکجو<sup>۴</sup>، سعید مهری<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری پرستاری و کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲. کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۳. نویسنده مسئول، مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۴. کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

افلاک/سال نهم/ شماره ۳۱۰۳۰ /بهار و تابستان ۱۳۹۵

### چکیده

**مقدمه:** بیماران همودیالیزی در طول برنامه درمانی درازمدت خود همواره با عوامل تنش‌زای فیزیولوژیکی و روانی-اجتماعی بسیاری مواجه هستند که این عوامل می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی این بیماران شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل تنش‌زای مرتبط با درمان در بیماران همودیالیزی مرکز آموزشی درمانی بوعلی اردبیل در سال ۸۹ صورت گرفت.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی-مقطعی تعداد ۵۰ بیمار همودیالیزی بخش دیالیز بیمارستان بوعلی اردبیل به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه دو قسمتی بود که بخش اول شامل مشخصات فردی و بخش دوم سوالات مربوط به مقیاس تنیدگی آوردها شامل عوامل جسمی با ۷ گویه، عوامل روانی با ۱۳ گویه و عوامل اجتماعی با ۹ گویه در بیماران همودیالیزی بود. این سوالات بر اساس مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت (ابدا تا خیلی زیاد) از ۱-۵ نمره گذاری شده است. روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوا و پایایی آن نیز به روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی ۰/۹۷/۶ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آنالیز واریانس (ANOVA) و تی زوجی انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که میانگین عامل تنیدگی روانی بالاترین حد (۳۰/۲۸۰±۳/۹۲۰) بوده است و سپس به ترتیب عامل تنیدگی اجتماعی (۲۳/۳۱۸±۶/۹۲۲) و سپس تنیدگی فیزیولوژیک با میانگین (۱۶/۳۴۰±۳/۹۲۰) قرار داشتند. هم چنین نتایج نشان داد که بین تنیدگی آوردهای جسمی با روانی و اجتماعی اختلاف معنی داری وجود دارد ( $P<0/001$ ).

**نتیجه گیری:** میانگین تنیدگی آوردهای روانی بیشتر از میانگین تنیدگی آوردهای جسمی و اجتماعی بود. بنابراین پرستاران می‌توانند با تدوین برنامه‌های اصولی و اساسی از طریق کلاس‌های آموزشی مداوم و مشاوره‌های روان شناختی یا روانپزشکی اقدامات مناسبی در جهت کاستن شدت تنیدگی آوردهای مرتبط با درمان همودیالیزی و تقویت روش‌های تطابقی موثر گام مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران بردارند.

**واژه‌های کلیدی:** همودیالیز، تنیدگی، بیماران همودیالیزی

## مقدمه

نارسایی مزمن کلیه یک بیماری پیشرونده و غیرقابل برگشت است که در آن عملکرد کلیه مختل شده و تعادل مایعات و الکترولیت‌ها در بدن به هم می‌خورد. انباشت مواد زائد حاصل از متابولیسم در خون موجب بروز اورمی می‌شود که این امر باعث بروز اختلال در تمام سیستم‌های بدن می‌شود. مرحله انتهایی نارسایی کلیه یکی از مشکلات بزرگ سازمان‌های مراقبت بهداشت و درمان و از علل مهم مرگ و میر و ناتوانی در سرتاسر دنیا به شمار می‌آید (۱).

جهان با شیوع افزایش یابنده‌ای از این بیماری روبه‌روست بطوری که در ایالات متحده آمریکا بروز بیماری نارسایی مزمن کلیه به میزان ۸٪ در طی ۵ سال گذشته افزایش داشته است (۳،۲). همچنین آمارها در ایالات متحده حاکی از آن است که در حدود ۳۰۰۰۰۰ نفر بیمار مبتلا به نارسایی کلیه وجود دارد که بیش از ۶۵ درصد آنها دیالیز می‌شوند (۴) و نیز آمارهای موجود در کشورمان نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۱ تعداد بیماران ۸۵۰۰ نفر بوده است (۵) که بر طبق آمار معاونت مرکز پیوند و بیماری‌های خاص وزارت بهداشت تا سال ۱۳۸۵ تعداد بیماران به ۱۳۰۰۰ نفر رسیده است (۶).

بیماری‌ها و درمان‌های مختلف مربوط به آنها با تنیدگی آورهای بسیاری همراه هستند (۷). بخصوص در بیماری‌های مزمن این مسئله بارزتر می‌باشد.

چرا که وضعیت غیر قابل بهبود، عود نشانه‌های بیماری و مشکلات ناشی از درمان‌های طولانی مدت موجب ایجاد تنیدگی‌های مزمن و عوارض ناشی از آن برای بیماران می‌شوند (۸).

واریشیو<sup>۱</sup> معتقد است بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی برای حفظ سلامتی خود تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گیرد، درحالی‌که عوامل تنش‌زا علاوه بر اینکه باقی می‌مانند ممکن است تشدید یابند. زیرا بیمار دیالیزی با عوامل زیادی از نظر جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می‌باشد، و امید به

آینده خود ندارد چرا که روش زندگی، وضع خانوادگی و موقعیت‌های شغلی و اجتماعی وی دچار تغییرات زیادی می‌گردند (۹).

بیماران تحت درمان با همودیالیز درجه بالایی از تنیدگی را در ارتباط با مشکلات وسیع و گوناگون در حیطه‌های مختلف تنیدگی نشان می‌دهند و در مواجهه با این تنیدگی از مکانیسم‌های سازگاری مختلفی استفاده می‌کنند (۱۰). این تنیدگی آورها به دو دسته فیزیولوژیکی و روانی-اجتماعی تقسیم می‌شوند. از تنیدگی آورهای فیزیولوژیکی می‌توان به تهوع، استفراغ، کرامپ عضلانی و خستگی اشاره کرد. تنیدگی آورهای روانی-اجتماعی نیز شامل عدم اطمینان به آینده، از دست دادن شغل، مشکلات مالی، کاهش توانایی‌های جنسی و... می‌باشند (۹).

کارسون و لیند<sup>۲</sup> کوئیس در مطالعه‌ای نشان دادند که مرحله انتهایی نارسایی کلیه و درمان آن به طرق گوناگون زندگی فردی و خانوادگی بیماران را دست خوش تغییر می‌سازد و بیمار به جهت همودیالیز بایستی هر هفته دو تا سه نوبت و در هر نوبت چند ساعت دور از خانه باشد که برای بیماران تنیدگی آور می‌باشد (۱۱).

همچنین رحیمیان در مطالعه‌ای تحت عنوان کیفیت زندگی، عوامل تنیدگی آور و روش‌های مقابله‌ای در بیماران تحت درمان با همودیالیز، تنیدگی آورهای فیزیولوژیکی و روانی-اجتماعی مرتبط با درمان همودیالیزی را نشان داد (۱۲).

با توجه به اینکه تنیدگی آورهای فیزیولوژیکی و روانی-اجتماعی مرتبط با درمان همودیالیزی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرات منفی می‌گذارد (۱۳) و با در نظر گرفتن نقش مهم پرستار در ارتقاء توانایی سازگاری بیماران همودیالیزی با عوارض جسمی و روانی-اجتماعی ناشی از درمان و نهایتاً کیفیت زندگی آنها (۱۴) مشخص می‌گردد که بررسی تنیدگی آورها در این بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۵).

1. Varissio

2. Carson & Lind coest

در حقیقت زندگی بدون تنیدگی از حرکت می‌ایستد (۱۶). تنیدگی بر تمام حیطه‌های زندگی انسان (زیستی-روانی-اجتماعی) تاثیر می‌گذارد (۱۷) بطوری که تنیدگی‌های شدید عملکردهای موثر فرد را مختل می‌کند و بر فعالیت‌های روزانه انسان در منزل و محیط کار و تحصیل و در نهایت بر وضعیت اقتصادی فرد و خانواده تاثیرات منفی می‌گذارد (۱۸) و در طولانی مدت موجب بروز مشکلات عاطفی و رفتاری از قبیل اضطراب، افسردگی، احساس عدم کفایت، از دست دادن عزت نفس، تحریک‌پذیری و اختلال توجه و تمرکز می‌شوند (۱۹) و در نهایت بر حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی انسان تاثیرات منفی می‌گذارند (۲۰).

با توجه به موارد اشاره شده و اینکه عوامل گوناگون تنیدگی آور بیشترین تاثیر مخرب را بر زندگی و رفاه بیماران همودیالیزی دارد. به عبارت دیگر مشکلات آزار دهند ای که این بیماران با آن مواجه هستند ناشی از تاثیر بیماری بر سایر جنبه‌های زندگی بیماران بوده، به طوری که زندگی روزمره آن‌ها متأثر از بیماری می‌باشد. مشکلاتی مانند عدم اشتغال، ناتوانی در تامین هزینه‌های زندگی، ارتباط باهمسر و... همگی تهدید کننده زندگی آنها به شمار می‌آیند.

لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین و بررسی عوامل تنش‌زای مرتبط با درمان در بیماران همودیالیزی مرکز آموزشی درمانی صورت گرفت.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز در بخش همودیالیز بیمارستان بوعلی اردبیل بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری سرشماری استفاده شده است و نمونه‌های این مطالعه شامل ۵۰ نفر بیمار تحت درمان با همودیالیز بودند که به مدت یک ماه مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش توانایی برقراری

ارتباط کلامی، داشتن سن بالای ۱۸ سال و نبودن تنیدگی خاص جسمی (صدمات) و روانی (سوگ و اندوه و ...) در روز مصاحبه بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسش نامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول مشخصات فردی شامل: جنس، سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، سابقه همودیالیز و دفعات همودیالیز در هفته بود و بخش دوم پرسشنامه مقیاس تنیدگی آورها در بیماران همودیالیزی (اچ.اس.اس.<sup>۱</sup>) که توسط بالدري<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۲ تدوین گردیده است که فراوانی و شدت عوامل استرس‌زای مربوط به درمان (فیزیکی، روانی-اجتماعی) را توسط ۲۹ عبارت می‌سنجد. عوامل جسمی با ۷ عبارت و محدوده نمرات ۷-۳۵، عوامل روانی با ۱۳ عبارت و محدوده نمرات ۱۳-۶۵، و عوامل اجتماعی با ۹ عبارت و محدوده نمرات ۹-۴۵. در این پرسش نامه بیشترین نمره نشان دهنده عوامل تنیدگی آور بیشتر می‌باشد (۲۲). اطلاعات جمع آوری شده بر اساس مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت (ابدا تا خیلی زیاد) به ترتیب از ۵-۱ نمره‌گذاری شد. روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوا قبلا توسط اساتید محترم دانشکده‌های پرستاری مامایی رشت، تهران، ایران و شهید بهشتی و پایایی آن نیز به روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی ۰/۹۷/۶ مورد تایید قرار گرفته بود (۲۳).

به منظور جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، پس از کسب مجوز از ریاست محترم بیمارستان و ارائه آن به مسئولین محترم بخش‌های همودیالیز و پس از جلب رضایت واحدهای مورد پژوهش و توضیح درباره اهداف مطالعه به آنها و اطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات، با استفاده از روش مصاحبه انفرادی که درحین دیالیز و زمانی که بیمار از نظر جسمی و روحی شرایط مطلوبی را دارا بوده انجام گرفت. پژوهشگر به منظور گردآوری داده‌ها در طی شیفت‌های مختلف کاری و روزهای متوالی هفته با مراجعه به مراکز درمانی

1. Hemodialysis Stressors Scale

2. Baldree

داد که بین جنس و میانگین تنیدگی آورهای روانی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ارتباط بین مشخصات فردی با میانگین نمرات مقیاس تنیدگی آورها در بیماران تحت همودیالیز

متغیر	تنیدگی آورهای روانی		تنیدگی آورهای اجتماعی		تنیدگی آورهای فیزیولوژیک	
	F	P	F	P	F	P
جنس	۰/۰۱۶	۰/۹۳۶	۰/۱۹۳	۱/۷۰۵	۰/۰۰۱	۵/۸۲۴
تاهل	۰/۵۰۱	۰/۷۰۱	۰/۴۳۴	۰/۸۵۰	۰/۰۴۲	۳/۳۹۸
میزان تحصیلات	۰/۹۸۹	۰/۰۷۸	۰/۰۴۲	۲/۶۹۸	۰/۲۷۲	۱/۳۳۵
سابقه بیماری	۰/۷۲۴	۰/۷۰۷	۰/۶۰۰	۰/۸۴۴	۰/۵۶۹	۰/۸۷۸
تعداد دفعات دیالیز	۰/۰۴۱	۰/۳۴۶	۰/۰۷۷	۰/۰۰۸	۰/۵۱۵	۰/۹۰۱
سن	۰/۴۳۴	۰/۸۷۰	۰/۵۲۳	۰/۸۰۱	۰/۳۵۷	۰/۶۸۱

نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین تنیدگی آورهای روانی و تعداد دفعات دیالیز ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و آزمون آماری تی نشان داد که بین جنس و میانگین تنیدگی آورهای روانی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (جدول شماره ۱).

نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین تنیدگی آورهای اجتماعی و میزان تحصیلات و تعداد دفعات دیالیز ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (جدول شماره ۱).

نتایج حاصل از آزمون تی با دو گروه مستقل نشان داد که بین میانگین تنیدگی آورهای فیزیولوژیک با متغیر جنس و تاهل تفاوت آماری معنی داری وجود داشت (جدول شماره ۱).

نتایج تحقیقات نشان داد که در زمینه تنیدگی آورهای فیزیولوژیک اکثریت افراد (۶۴٪) به میزان تنیدگی ناشی از سفتی مفاصل پاسخ ابداء را داده بودند. علاوه بر این (۲۶٪) افراد

همودیالیز و پس از بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت واحدهای مورد پژوهش و شرح نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و تحلیلی شامل تی با دو گروه مستقل و ANOVA به کمک نرم افزار آماری spss نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

اکثریت واحدهای پژوهش (۷۵٪) در رده سنی ۵۹-۱۸ سال قرار داشته و میانگین سنی آنها  $48.70 \pm 15.90$  سال بود. اکثریت آنان (۸۲٪) ۴۱ نفر مرد و بقیه (۱۸٪) ۹ زن بودند. (۸۴٪) ۴۲ نفر متأهل، (۱۲٪) ۶ نفر مجرد و (۴٪) ۲ نفر طلاق گرفته بودند و (۴۲٪) ۲۱ نفر دارای سواد خواندن و نوشتن بودند، (۳۰٪) ۱۵ نفر بی‌سواد، (۲۰٪) ۱۰ نفر تحصیلات راهنمایی و (۸٪) ۴ نفر دارای تحصیلات دبیرستان بودند. دفعات همودیالیز در هفته در (۹۰٪) ۴۵ نفر از بیماران ۳-۴ بار در هفته بوده و بیشتر بیماران (۷۰٪) ۳۸ نفر سابقه همودیالیز به مدت ۵-۱ سال داشتند.

نتایج حاکی از آن است که میانگین عامل تنیدگی روانی در حد (۳۰/۲۸۰  $\pm$  ۳/۹۲۰) بوده است و سپس به ترتیب عامل تنیدگی اجتماعی (۲۳/۳۱۸  $\pm$  ۶/۹۲۲) و سپس تنیدگی فیزیولوژیک با میانگین (۱۶/۳۴۰  $\pm$  ۳/۹۲۰) بود.

نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین تنیدگی آورهای روانی و تعداد دفعات دیالیز ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و آزمون آماری تی نشان

تنیدگی ناشی از خستگی را زیاد عنوان کرده بودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطوح مختلف تنیدگی آورهای فیزیولوژیک

متغیر تنیدگی آورهای	ابدا	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
فیزیولوژیک	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
درد یا گرفتگی عضلات	۱۳ (۲۶)	۱۸ (۳۶)	۱۰ (۲۰)	۹ (۱۸)	۰ (۰)
خستگی	۹ (۱۸)	۱۱ (۲۲)	۱۷ (۳۴)	۱۳ (۲۶)	۰ (۰)
خارش	۲۳ (۴۶)	۱۲ (۲۴)	۹ (۱۸)	۶ (۱۲)	۰ (۰)
سفتی مفاصل	۳۲ (۶۴)	۱۱ (۲۲)	۵ (۱۰)	۲ (۴)	۰ (۰)
وارد کردن سوزن شریانی و وریدی	۱۴ (۲۸)	۱۷ (۳۴)	۱۲ (۲۴)	۷ (۱۴)	۰ (۰)
تهوع یا استفراغ	۳۰ (۶۰)	۱۱ (۲۲)	۸ (۱۶)	۱ (۲)	۰ (۰)
محدودیت مایعات و غذا	۲۹ (۵۸)	۱۲ (۲۴)	۸ (۱۶)	۱ (۲)	۰ (۰)

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطوح مختلف تنیدگی آورهای روانی

متغیر تنیدگی آورهای	ابدا	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
روانی	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
ناتوانی در ایفای نقش و محول کردن مسئولیت به همسر	۱۵ (۳۰)	۱۲ (۲۴)	۱۰ (۲۰)	۱۲ (۲۴)	۱ (۲)
ناتوانی در ایفای نقش و محول کردن مسئولیت به فرزندان	۸ (۱۶)	۱۴ (۲۸)	۱۲ (۲۴)	۵ (۱۰)	۱۱ (۲۲)
نگرانی از عدم باروری	۱۰ (۲۰)	۱۱ (۲۲)	۱۱ (۲۲)	۵ (۱۰)	۱۳ (۲۶)
ترس از تنها بودن	۲۸ (۵۶)	۱۸ (۳۶)	۲ (۴)	۲ (۴)	۰ (۰)
اختلال خواب	۳۰ (۶۰)	۸ (۱۶)	۱۰ (۲۰)	۲ (۴)	۰ (۰)
بستری شدن های مکرر در بیمارستان	۱۸ (۳۶)	۱۳ (۲۶)	۱۰ (۲۰)	۷ (۱۴)	۲ (۴)
احساس وابستگی به پرسنل	۸ (۱۶)	۱۸ (۳۶)	۱۳ (۲۶)	۸ (۱۶)	۳ (۶)
ارائه کننده مراقبت	۲۱ (۴۲)	۳۰ (۶۰)	۴ (۸)	۴ (۸)	۱ (۲)
محدودیت در انتخاب مدل لباس	۲۶ (۵۲)	۸ (۱۶)	۵ (۱۰)	۱ (۲)	۰ (۰)
کاهش میل جنسی	۶ (۱۲)	۱۵ (۳۰)	۱۵ (۳۰)	۸ (۱۶)	۶ (۱۲)
رفت و آمد به مراکز دیالیز	۱۷ (۳۴)	۱۹ (۳۸)	۸ (۱۶)	۶ (۱۲)	۰ (۰)
تغییرات در ظاهر بدن	۲۱ (۴۲)	۱۲ (۲۴)	۴ (۸)	۴ (۸)	۹ (۱۸)
هزینه درمان	۹ (۱۸)	۱۴ (۲۸)	۶ (۱۲)	۸ (۱۶)	۱۳ (۲۶)

در زمینه عوامل تنیدگی آور روانی بیشترین فراوانی مربوط به نگرانی از عدم باروری و هزینه درمان، ۱۳ نفر (۲۶٪) و کمترین فراوانی مربوط به اختلال خواب ۳۰ نفر (۶۰٪) بود.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطوح مختلف تنیدگی آورهای اجتماعی

متغیر تنیدگی	ابدا	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
آور های اجتماعی	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
تغییر در مسئولیت خانوادگی	۱۱ (۲۲)	۱۶ (۳۲)	۹ (۱۸)	۱۲ (۲۴)	۲ (۴)
عدم اطمینان به آینده	۵ (۱۰)	۱۸ (۳۶)	۶ (۱۲)	۱۲ (۲۴)	۹ (۱۸)
کاهش فعالیت اجتماعی	۷ (۱۴)	۱۷ (۳۴)	۱۱ (۲۲)	۱۱ (۲۲)	۴ (۸)
وابستگی به دیگران	۲ (۴)	۱۷ (۳۴)	۹ (۱۸)	۹ (۱۸)	۱۳ (۲۶)
مشکلات شغلی	۶ (۱۲)	۱۵ (۳۰)	۱۳ (۲۶)	۵ (۱۰)	۱۱ (۲۲)
فقدان عملکرد طبیعی روده‌ای	۹ (۱۸)	۱۲ (۲۴)	۱۷ (۳۴)	۵ (۱۰)	۷ (۱۴)
محدودیت فعالیت جسمی	۱۹ (۳۸)	۸ (۱۶)	۱۰ (۲۰)	۱۳ (۲۶)	۰ (۰)
تفریح و سرگرمی	۱۹ (۳۸)	۱۸ (۳۶)	۸ (۱۶)	۳ (۶)	۲ (۴)

در زمینه عوامل تنیدگی آور اجتماعی بیشترین فراوانی مربوط به وابستگی به دیگران ۱۳ نفر (۲۶ درصد) و کمترین فراوانی تفریح و سرگرمی و محدودیت فعالیت جسمی ۱۹ نفر (۳۸ درصد) بود.

## بحث

پژوهش حاضر نشان داد که میانگین تنیدگی آورهای روانی-اجتماعی بیشتر از تنیدگی آورهای فیزیولوژیکی بوده است این نتیجه با پژوهش آهنگر داودی (۱۳۸۳) همخوانی دارد (۲۳). همچنین تاگایو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷) اعلام کردند که کیفیت زندگی بیمارانی که در مرحله انتهایی نارسایی کلیه قرار دارند،

در مقایسه با مردم عادی به طور چشمگیری کاهش یافته است و اختلالات روانی در بیماران دیالیزی با سابقه طولانی دیالیز شایع‌تر از مردم عادی بوده و این امر بر روی بقای آنان تأثیر منفی دارد (۲۴).

در ارتباط با تعیین شدت تنیدگی آورهای مرتبط با درمان همودیالیزی نتایج تحقیق نشان داد که شدت تنیدگی آورهای فیزیولوژیکی و همچنین شدت تنیدگی آورهای روانی-اجتماعی در اکثر واحدهای مورد پژوهش متوسط بوده است و در کل میانگین تنیدگی آورهای روانی-اجتماعی بیشتر از میانگین تنیدگی آورهای فیزیولوژیکی بود که در مطالعه بهناز رحیمیان ۱۳۸۷ نیز چنین نتیجه‌ای مشاهده می‌گردد (۱۲). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در زمینه تنیدگی آورهای فیزیولوژیکی اکثریت افراد تنیدگی ناشی از خستگی را زیاد عنوان کرده اند. که با مطالعه داوودی و سخایی (۱۳۸۳)، ولج و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) و بهناز رحیمیان (۱۳۸۷) همخوانی دارد (۲۳، ۱۲، ۹) با توجه به اینکه اکثریت بیماران ۳-۴ بار در هفته همودیالیز می-شوند بنابراین در طی دیالیزهای مکرر، برداشت خون توسط دیالیز و از دست رفتن خون در نمونه‌گیری‌های مختلف می-تواند عاملی برای تشدید کم خونی بیماران و در نتیجه خستگی آنها باشد (۲).

هم چنین یافته‌ای نشان داد که بین میانگین متغیرهای تنیدگی آور فیزیولوژیک با جنس ارتباط معنی داری وجود دارد به طوری که این متغیرها در مردان بیشتر از زنان می‌باشد و با پژوهش ویدا شفیع پور ۱۳۸۸ مطابقت دارد (۲۲). در همین زمینه محققین دیگر نیز دریافتند عوامل زیادی مانند تاهل، سن بیش از ۴۶ سال، مرد بودن، طول دوره بیماری همگی بر کیفیت زندگی بیماران کلیوی تأثیرگذار است (۲۵).

در حیطه روانی-اجتماعی شدیدترین عامل تنیدگی به ترتیب مربوط به عدم باروری و هزینه درمان بود که با مطالعه رحیمیان مطابقت دارد (۱۲). مطالعه ماک و تام<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) نشان داد که بیماران همودیالیزی در ارتباط با محدودیت مایعات و غذا و

نگرانی از هزینه‌های درمان تنیدگی شدیدی را تجربه کرده بودند (۱۰). در مطالعه سخایی (۱۳۸۰) عمده‌ترین عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی به ترتیب وابستگی به ماشین دیالیز نگرانی نسبت به آینده و تغییر در عملکرد بدن بوده است (۲۶). سایر نتایج نشان می‌دهد که بیماران با سابقه ۵-۱ سال همودیالیز، استرس بیشتری را نسبت به سایر گروه‌ها دارند. در همین رابطه، لوگان<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) بیان داشته است که سابقه زمان دریافت همودیالیز تأثیری در ارزیابی تعیین استرس و ارتباطی با شدت استرس ندارد (۲۳).

در تحقیق ماک و تام (۲۰۰۱) و ولج و همکاران (۱۹۹۹) میانگین عوامل تنش‌زای فیزیولوژیکی بیشتر از میانگین عوامل روانی-اجتماعی بود (۱۰، ۹). به نظر می‌رسد یکی از دلایل این تفاوت می‌تواند تأثیر فرهنگ و اعتقادات افراد در ارزیابی از تنیدگی آورها باشد و از آنجایی که برای مردم کشور ما زندگی خانوادگی و ایفای نقش در خانواده و برقراری ارتباط عاطفی با دیگران از اهمیت بسزائی برخوردار است بنابراین مشکلات ایجاد شده در این زمینه‌ها می‌تواند موجب تنیدگی شدید در آنها شود. بنابراین مسئولان باید با فراهم کردن تسهیلات لازم جهت کاستن مشکلات اقتصادی و شغلی بیماران اقدام کنند. پرستاران نیز می‌توانند با شناسایی و کنترل تنیدگی آورها تقویت روش‌های تطابقی موثر از قبیل آموزش روش‌های مراقبت از خود کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء بخشند.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان گفت که شاید انجام مطالعه در داخل بخش خود باعث ایجاد استرس در بیماران شود که میتوان این مورد را با گذاشتن قرار ملاقات با بیماران در یک محیط دیگر حل کرد.

## نتیجه گیری

1. Welch & etal
2. Mok & Tom
3. Logan

با توجه به اهمیت مراقبت در حیطه‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی از بیماران همودیالیزی لازم است که پرستاران عوامل تنش‌زای فیزیکی، اجتماعی، روانی که بر تفکر، روح و روان بیماران اثر می‌گذارد و همچنین تفاوت‌های فردی بیماران و چگونگی استفاده مثبت از روش‌های تطابقی را شناسایی نمایند و با تدوین برنامه‌های اصولی و اساسی از طریق کلاس‌های آموزشی مداوم و مشاوره‌های روان‌شناختی یا روانپزشکی در جهت استفاده از روش‌های مقابله‌ای مناسب و حمایت از آنان با ایجاد تغییر مثبت در حالات افراد و تقویت امید به زندگی در آنان گامی موثر برای کاهش واکنش‌های تنش‌زا برداشته تا این بیماران کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشته باشند.

### تقدیر و تشکر

در نهایت از تمام مسئولین محترم و بیمارانی که محقق را در انجام این پژوهش یاری کردند و همچنین از آقای صدقی که مشاوره آماری این تحقیق را به عهده داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

1. Nazemian F, Ghaffari F. Stressors and strategies for coping with stress in hemodialysis patients. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2006; 49(93): 293-298 [In persian].
2. Lewis SM, Heitkemper ME, Dirksen SR. Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Mosby co; 2004: 1217.
3. Black BB, Hawks JH, Keene AM. Medical - Surgical Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2001:18.
4. Nasiri M, Kheirkhah F, Rahimiyan B, Ahmadzadeh B, Hasannejad H, Mohamad Jahfari R. Stressful factors, coping mechanisms and quality of life in hemodialysis patients. Iran J Crit Care Nurs 2013;6(2):119-126
5. Jafari H, Esmaeli R. Study of demographic and Community Characteristics of dialysis patients in Mazandaran and Golestan. Journal of Mazandaran Nursing And Midwifery Faculty (shakiba) 2001;1(1): 1-4
6. Epidemiology of stress. [Serial on line] 2001-2002. Jon; 21(1), Available Form <http://port.health.govoir/mfdc/ncdc/dtsd/default.aspx>
7. Barry PD. Psychosocial Nursing. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1996:359
8. Walsh M. Clinical Nursing and Related science. 6th ed. Philadelphia: Bailliere tindall; 2002:629
9. Welch JL, Austin JK, Frauman AC. Factors associated with treatment-related stressors in hemodialysis patients. ANNA Journal 1999; 26(3): 313-325.
10. Mok E, Tom B. Steressor and coping method among chronic hemodialysis patients in Hong Kong. J Clin Nurs 2001; 10:503-511.
11. Lindqvist R, Carlsson M, Sjodén PO. Coping strategies and health-related quality of life among spouses Of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and Transplant patients. J Adv Nurs 2000; 31(6): 1398-408.
12. Rahimian B, Nasiri M, Shamsaly Nia N. Quality of life stressors and coping in Hemodialysis patients. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2008;6(4): 170-177. [In persian].
13. Jazary z, Abedsaeedi J, Shahnazerian JH, Ebrahimi E. Compared the quality of life in patients with chronic renal failure treated with continuous peritoneal dialysis and hemodialysis outpatient dialysis centers in Tehran. Journal of Shahid Beheshti faculty of Nursing and Midwifery 2003; 13(40): 15-19.
14. Suet-ching w. The quality of life for Hong Kong dialysis patients. JAN 2001; 35(2):218-227.
15. Timby, BK. Fundamentals skills and concepts in patient care. 7<sup>th</sup> ed philadelphia: Lippincott; 2003:63.
16. Bauer Barbara B, Hill S. Mental health nursing. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 2000:213.
17. Taylor C, Lillis C, Lemon P, Lynn D. Fundamentals of nursing. 5<sup>th</sup> ed. philadelphia: Lippincott; 2007:79.
18. Craven R F, Hirnell C J. Fundamental of nursing human health and function. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 2007:79.
19. Potter Patricia A, Perry AG. Fundamental of Nursing. 7<sup>th</sup> ed. philadelphia: Mosby; 2009:486.
20. Han K. Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. Journal of Nursing Scholarship 2003; 35(2):139-144.



21. Baldree KS, Murphy SP, Powers MJ. Stress Identification and Coping Patterns in Patients on Hemodialysis. *Nurs Res* 1982; 31(2): 107-12.
22. Shafi'pour V, Jafari H, Shafi'pour L. Relation of quality of life and stress intensity in hemodialysis patients. *Kowsar Medical Journal* 2009;14(13):169-174.
23. Davoudi ahangar S. Investigation of severity of stress, adaptive mechanisms and quality of life in hemodialysis patients referred to Razi Hospital in Rasht. MSc thesis. Faculty of Nursing. Guilan University of Medical Sciences. 2004: P: 146
24. Tagay S, kribben A, Hohenstein A, Mewes R, Senf W. Post traumatic stress disorder in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2007; 50(4): 594-601.
25. Erfani jorabchi A, jafarpour M, Hakimi T, Haghani H. Quality of life and severity of stress of patient undergoing hemodialysis. *Iranian Nursing Journal* 2005;18(42):39-48.
26. Sakhaie SH, Radfar M. The study of stressors and coping styles in chronic hemodialysis patients that referred to hospital of Shahed Madani.congress of nursing of chronic patients. Mashhad: Northeast-Iran 2001:57 [In Persian].

## Evaluation of stress factors associated with treatment in hemodialysis patients of Buali Hospital in Ardebil

Fatemeh Ebrahimi balil<sup>1</sup>, Shabnam Davoudi ahangar<sup>2</sup>, Raheleh Mohammadi<sup>3</sup>, Roya Nikjo<sup>4</sup>, Saeed Mehri<sup>2</sup>

1. Phd student and MSc of Nursing, School of Ardabil University of medical science Iran.

2. MSc of Nursing, School of Ardabil University of medical science Iran.

3. Corresponding Author, instructor, faculty member of nursing and midwifery school of Ardabil University of medical science,

4. MSc of Midwifery, School of Ardabil University of medical science Iran.

### Abstract

**Background & Objective:** Hemodialysis patients during their long-term treatment plan always are facing many physiological and psychosocial stressors that may reduce their quality of life. Thus this study was performed to determine the severity of treatment-related stressors in hemodialysis patients of Buali Hospital in Ardebil in 2010.

**Methods:** In this cross-sectional study 50 hemodialysis patients at the dialysis center in Bouali Hospital of Ardabil were selected through head count. The two-part questionnaire was used to collect data. The first part of the questionnaire included demographic questions and the second part of the questionnaire was related to stressor scale which included physical factors with 7 words, Psychological factors with 13 words and social factors with 9 words. These questions are based on a five-point Likert scale (not at all to very much). The validity of the questionnaire was obtained with content validity and its reliability by test-retest method. Data were analyzed by descriptive and analytics statistics (ANOVA and independent t-test).

**Results:** The results showed that the average of Psychological stressor was the highest level ( $30.280 \pm 3.920$ ), then was the social stress ( $23.318 \pm 6.922$ ) and the least were psychological factors ( $16.340 \pm 3.920$ ). Also results showed a significant relation between psychological stressor with Psychological and social stressor ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The findings of this study showed that the mean of psychosocial stressors were higher than the mean of physiological and social stressors. So nurses can play important roles in promoting the quality of life by planning appropriate nursing interventions to reduce stress factors associated with treatment in hemodialysis patients.

**Key words:** hemodialysis, stress factors, hemodialysis patients.